

Ulcérations ou érosion des muqueuses orales et (ou) génitales

PR Michel FAURE

Clinique dermatologique, pavillon R, hôpital Édouard-Herriot, 69437 Lyon Cedex 3.

Points Forts à comprendre

- Une érosion muqueuse est une perte de substance superficielle (épidermique ou dermique superficielle) en général postbulleuse ou postvésiculeuse, parfois caustique ou traumatique. Une ulcération est plus profonde, atteignant le derme moyen.
- Quelle que soit la muqueuse considérée, érosions et ulcération peuvent être de mécanisme inflammatoire, infectieux ou néoplasique. Le terme de chancre est réservé aux lésions de nature bactérienne provoquées par la porte d'entrée du micro-organisme, et qualifie en pratique une lésion de nature vénérienne.
- Les orientations diagnostiques sont dominées :
 - par la possibilité d'une affection à transmission sexuelle essentiellement en cas de lésion génitale ;
 - par la possibilité pour une érosion ou une ulcération muqueuse d'être la première manifestation d'une dermatose inflammatoire, d'une maladie bulleuse en particulier ;
 - par le risque de méconnaître, en cas de lésion chronique, une néoplasie épithéliale.
- La démarche diagnostique repose sur un certain nombre de « réflexes » médicaux.

- la notion éventuelle de traumatisme, d'application de produit topique à caractère caustique.
- **L'examen clinique** comporte :
 - l'examen de la lésion, son siège, son étendue, son caractère souple, infiltré ou induré ;
 - l'examen des différentes muqueuses (orales, génitales) du fait de lésions parfois bipolaires (orales et génitales) comme en cas d'aphtose ou de lichen ;
 - l'examen dermatologique complet du fait de la possibilité de lésions muqueuses révélatrices d'une dermatose inflammatoire (maladies bulleuses en particulier) ;
 - la recherche d'une adénopathie satellite éventuelle (chancre, néoplasie).
- **Les examens complémentaires** ne sont à envisager que de façon limitée, pour confirmer une suspicion clinique :
 - frottis pour cytodiagnostics ;
 - prélèvement pour cultures virales ou examens bactériologiques ;
 - biopsie pour examen anatomopathologique ; la biopsie est souvent nécessaire pour affirmer un diagnostic. C'est le cas en particulier des lésions d'origine inflammatoire pour lesquelles l'examen clinique ne suffit pas. Elle est par ailleurs faite systématiquement devant toute ulcération chronique pour éliminer un carcinome épidermoïde (spino-cellulaire) ;
 - biopsie pour immunofluorescence directe pour confirmer une dermatose bulleuse ;
 - sérologies spécifiques en cas de chancre syphilitique suspecté.

Diagnostic

Le but de la démarche diagnostique est en fait de préciser la nature de la lésion, l'examen clinique étant suffisant pour affirmer l'érosion ou l'ulcération.

- **L'interrogatoire** doit préciser :
 - les circonstances de survenue, l'existence de signes fonctionnels précédant ou accompagnant la lésion (brûlures, douleurs), l'existence d'épisodes antérieurs, le caractère aigu, chronique, la notion éventuelle de récurrence ;
 - les antécédents personnels (en particulier : rapports sexuels, prises médicamenteuses) ;

Étiologie

Le siège de l'érosion ou de l'ulcération peut parfois permettre de privilégier telle ou telle orientation étiologique. C'est le cas des affections à transmission sexuelle en cas de localisation génitale. En fait, le plus souvent les mêmes causes peuvent donner des lésions des muqueuses orales et (ou) génitales.

L'interrogatoire doit permettre d'éliminer facilement les lésions traumatiques ou caustiques de contact.

■ Lésions infectieuses

1. Herpès

Il peut s'agir :

- d'une primo-infection herpétique (fig. 1 et 2) avec un tableau de vaste érosion génitale, périnéo-génitale même, ou orale (gingivostomatite), douloureuse et fébrile ;
- d'une récurrence herpétique buccale ou génitale (gland, vulve). Dans ce cas, le diagnostic est en général facile devant la notion de récurrence, la précession par des picotements et (ou) une sensation de brûlure, puis l'existence de vésicules en bouquet évoluant vers plusieurs érosions ou une érosion en carte géographique ;
- d'ulcérations chroniques en cas de déficit immunitaire.

Le diagnostic est confirmé en cas de doute (primo-infection ou lésions chroniques) par le cytodiagnostics (recherche de la dégénérescence ballonisante des cellules épithéliales) et surtout par la recherche de virus en culture après prélèvement local.



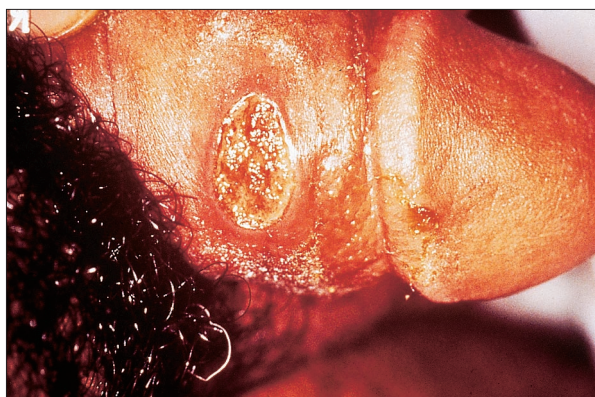
1 Herpes génital, primo-infection.



2 Gingivostomatite herpétique de primo-infection.

2. Syphilis

Le chancre primaire d'inoculation apparaît 3 semaines après le contact. C'est une lésion propre et bien limitée, indurée, indolore, qui peut ainsi chez la femme être une



3 Chancre syphilitique génital masculin.



4 Chancre syphilitique vulvaire.

simple découverte lors d'un examen gynécologique systématique (fig. 3 et 4). Il s'accompagne classiquement d'une adénopathie inflammatoire satellite non douloureuse.

Le diagnostic était jadis confirmé par l'examen classique du frottis à la recherche de tréponèmes au microscope à fond noir. Il l'est surtout actuellement par la sérologie : test FTA (fluorescent treponemal antibody), réaction plus précoce à devenir « positive » que le

TPHA (treponema pallidum haemagglutination assay) et le VDRL (venereal diseases research laboratory).

En phase secondaire tardive, il peut exister des lésions orales et génitales érosives et (ou) des condylomes syphilitiques génitaux, périnéaux et péri-anaux papulo-érosifs riches en tréponèmes. Le diagnostic repose bien sûr sur la sérologie syphilitique.

3. Autres maladies sexuellement transmissibles

Elles sont très rares, mais le diagnostic peut être posé dans certaines conditions devant une ou plusieurs lésions génitales.

• **Le chancre mou** est fréquent en Afrique. En Europe, il est rare, survient par petites épidémies liées à certains foyers de prostitution. Il s'agit d'une ou plusieurs ulcérations génitales inflammatoires, infiltrées mais non indurées avec un ganglion inflammatoire satellite qui prend l'aspect d'un bubon, aspect non rencontré au cours de la syphilis (fig. 5). *Haemophilus ducreyi* est à rechercher après frottis du chancre ou par ponction ganglionnaire. La possibilité d'une co-infection syphilitique doit toujours être recherchée.



5 Chancres mou (H. ducreyi) : ulcérations génitales masculines multiples.

• **La donovanose ou granulome inguinal** reste en Europe une maladie exceptionnelle, importée des zones tropicales et subtropicales. Il s'agit d'une ou plusieurs lésions génitales pouvant s'étendre, devenir ulcéro-végétante(s) et mutilante(s), sans tendance à la guérison spontanée. Le diagnostic est fondé sur la mise en évidence des corps de Donovan.

4. Autres causes infectieuses

• **Varicelle et zona** : les lésions buccales sont similaires à celles d'un herpès, mais plus étendues, associées parfois (zona) et pratiquement toujours (varicelle) à une éruption cutanée caractéristique. Dans le cas d'un zona buccal (VII ou IX) les lésions endobuccales sont latéralisées (fig. 6).



6 Zona buccal.

• **Coxsackie** : il s'agit par exemple soit d'une pharyngite vésiculeuse (herpangine) avec fièvre et dysphagie (coxsackie du groupe A), soit d'un syndrome pied-main-bouche (coxsackie A16) avec une atteinte papulovésiculeuse des extrémités et un état fébrile chez l'enfant.

• **Primo-infection liée au VIH (virus de l'immunodéficience humaine)** : elle réalise un exanthème morbilliforme associé à des érosions buccales, parfois génitales,



7 Stomatite érosive d'une primo-infection VIH.

aphtoïdes (fig. 7). Le diagnostic repose bien sûr sur les résultats de la sérologie et de l'antigénémie.

• **Les infections à germes banals** peuvent donner des ulcérations chroniques en cas de déficit immunitaire (sujets séropositifs pour le VIH, leucoses, immunosuppression iatrogénique...). Les candidoses peuvent s'exprimer par des érosions prurigineuses et douloureuses, mais la constatation de *Candida albicans* en cultures sur milieu de Sabouraud à partir d'un prélèvement local ne suffit pas au diagnostic de candidose muqueuse, et il faut se garder d'un diagnostic par excès. Les lésions sont en fait évocatrices quand il s'agit d'une glossite, d'une vulvite ou d'une balanite érythémateuse, prurigineuse avec à l'examen des enduits blanchâtres caractéristiques.

Maladies inflammatoires

1. Aphtes et aphtoses

Les aphtes sont des lésions de vasculite inflammatoire de mécanisme imprécis. Ils peuvent atteindre de façon



8 Aphtes de la cavité buccale.

indifférente la muqueuse orale ou les autres muqueuses et n'intéressent pas seulement la cavité buccale (fig. 8, 9, 10 et 11).

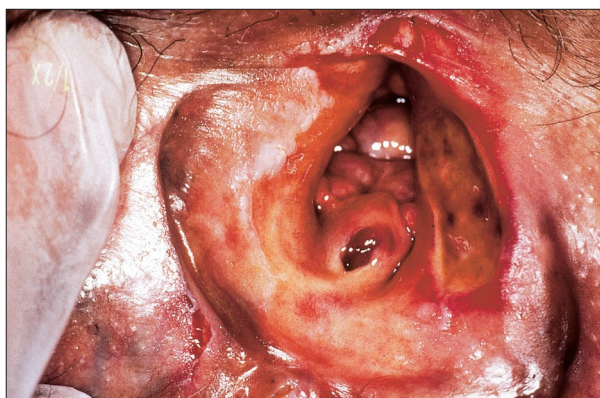
Le diagnostic est en général facile et purement clinique. Il s'agit d'ulcérations de petite taille, en nombre variable, parfois uniques, douloureuses, à fond jaunâtre avec un bord rouge, non indurées, mais parfois il peut s'agir d'ulcérations géantes, en particulier sur la muqueuse génitale, dans les 2 sexes.



9 *Aphte buccal.*



10 *Aphtes génitaux.*



11 *Aphte géant de la vulve.*

La biopsie est alors utile, montrant une image de vasculite inflammatoire leucocytoclasique.

Il peut s'agir d'aphtes banals, mais aussi :

- d'une aphtose récurrente orale ou génitale avec évolution par poussées sur plusieurs mois ou plusieurs années ;
- d'une aphtose bipolaire, avec une atteinte à la fois orale et génitale, par poussées et récides ;

- d'une grande aphtose avec aphtes muqueux oraux et génitaux, aphtes cutanés, uvéite à hypopion (syndrome de Behçet), et d'autres manifestations muqueuses (tube digestif), vasculaires et viscérales très diverses signant toutes le même processus vasculaire inflammatoire.

2. Maladie de Crohn

Les lésions muqueuses et péri-orificielles (périnée en particulier) peuvent être révélatrices. Il peut s'agir de lésions aphtoïdes ou de lésions papulo-nodulaires érosives ou ulcérées (fig. 12). L'aspect clinique ne permet pas le diagnostic, contrairement aux aphtes. L'examen histologique est nécessaire :

il montre l'image caractéristique d'une inflammation granulomateuse épithélioïde.



12 *Maladie de Crohn : ulcérations vulvaires et cutanées.*

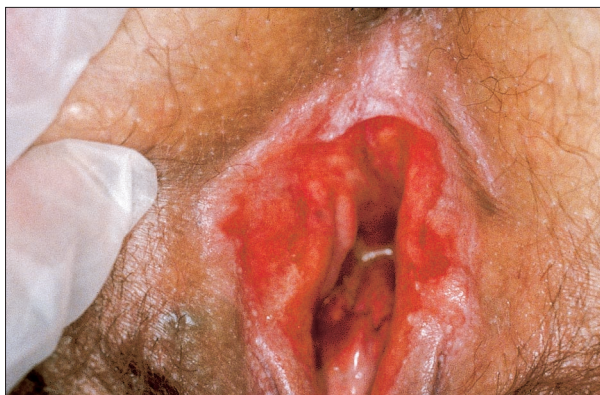
3. Lichen érosif

Le lichen plan est une dermatose inflammatoire caractérisée par des lésions papuleuses prurigineuses qui évoluent par poussées et par une réactivité de lymphocytes auto-réactifs vis-à-vis des kératinocytes. Il peut exister une atteinte muqueuse asymptomatique avec un réseau blanchâtre muqueux. Il peut exister aussi une atteinte strictement

muqueuse dans le cadre du lichen érosif. Le plus souvent, il n'existe pas de lésions cutanées. L'atteinte peut être buccale, génitale (balanite érosive ou vulvite avec volontiers une atteinte associée du vagin) ou même bipolaire, orale et génitale en particulier chez la femme (fig. 13 et 14). Il s'agit d'érosions muqueuses douloureuses et chroniques. Seul l'examen histologique permet le diagnostic en montrant l'infiltrat lymphocytaire caractéristique sous-épithélial.

4. Dermatoses bulleuses

Les dermatoses bulleuses auto-immunes comme le pemphigus et les pemphigoides peuvent être cause d'érosions et d'ulcérations des muqueuses orales et génitales. Le diagnostic des lésions muqueuses est facile si le diagnostic est connu. Les atteintes muqueuses peuvent cependant être révélatrices en début d'évolution. Le diagnostic peut s'aider de la recherche de lésions dermatologiques papulo-bulleuses (pemphigoides) ou bullo-croûteuses (pemphigus) si elles existent. Il nécessite en fait un examen anatomopathologique standard après biopsie de la muqueuse et repose sur les résultats des immunofluorescences directe (IFD) (à partir de la biopsie) et indirecte (IFI) (auto-anticorps circulants).



13 *Lichen plan érosif vulvaire.*



15 *Pemphigus buccal, atteinte des lèvres.*



14 *Lichen plan érosif de la gencive.*



16 *Pemphigus vulvaire.*

• **Pemphigus** : cette dermatose est caractérisée par une acantholyse responsable de décollements intra-épidermiques. L'immunisation est dirigée contre des antigènes de la surface des kératinocytes.

Elle peut survenir à tout âge, plus fréquemment chez l'adulte d'âge moyen.

Les lésions cutanées sont des décollements superficiels, avec rapidement la formation de croûtes.

Les lésions muqueuses buccales et (ou) génitales peuvent être isolées, révélatrices, sans qu'il existe à ce stade de lésions cutanées (fig. 15 et 16). Elles correspondent à des érosions douloureuses en nappes.

L'histologie de la muqueuse montre la nécrose épithéliale avec acantholyse.

Il existe en immunofluorescence directe un marquage (IgG) dit intercellulaire de la surface des cellules épithéliales, réalisant un aspect en mailles de filet.

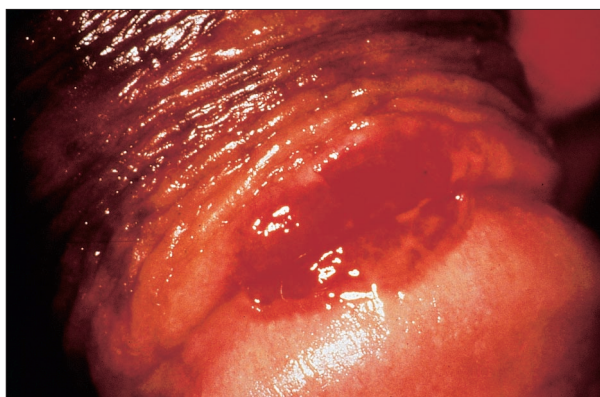
En immunofluorescence indirecte, il existe des auto-anticorps circulants de même réactivité.

• **Pemphigoides** : dans ce groupe d'affections, l'auto-immunisation est dirigée contre des antigènes de la zone de la membrane basale (BMZ), c'est-à-dire de la jonction dermo-épidermique (peau) ou de la jonction dermo-épithéliale (muqueuses). Le clivage est donc sous-épidermique (sous-épithélial).

En cas de pemphigoïde classique, qui survient le plus souvent chez l'adulte âgé, mais pas uniquement, les lésions muqueuses sont inconstantes, et les lésions cutanées prédominent avec l'association de placards cutanés érythémateux et prurigineux, et des bulles de taille variable sur zone érythémateuse, à contenu clair ou hémorragique.

En cas de pemphigoïde dite cicatricielle (fig. 17 et 18), ou maladie de Lortat-Jacob, les lésions cutanées sont très inconstantes, et il existe une atteinte muqueuse isolée ou prédominante. Il s'agit d'érosions buccales, de lésions du sillon balano-préputial et du gland chez l'homme (balanite érosive) ou de la vulve et parfois du vagin chez la femme. L'aspect est similaire à celui d'un lichen érosif. Il existe aussi parfois une atteinte oculaire. L'évolution est habituellement synéchiante, en particulier pour l'œil, le vagin et le sillon.

Le diagnostic repose sur l'histologie qui montre un décollement sous-épithélial avec un infiltrat inflammatoire riche en éosinophiles, sur l'immunofluorescence directe qui visualise un marquage linéaire de la jonction en IgG, parfois en IgA, avec dépôts de complément C3, et sur la présence en immunofluorescence indirecte d'auto-anticorps circulants dirigés contre les antigènes BMZ.



17 Balanite érosive au cours d'une pemphigoïde dite cicatricielle.



19 Érosions génitales au cours d'un érythème polymorphe toximédicamenteux.



18 Atteinte érosive buccale au cours d'une pemphigoïde dite cicatricielle.

5. Érythème polymorphe et syndrome de Stevens-Johnson

Ces dermatoses dites allergiques peuvent être de localisation muqueuse prédominante. Il s'agit alors de lésions érosives des différentes muqueuses avec des lésions croûteuses péri-orificielles, d'apparition brutale, et parfois des lésions cutanées érythémato-bulleuses plus ou moins étendues (fig. 19). Il faut y penser en cas d'apparition brutale. L'interrogatoire permet de retrouver une cause toxi-médicamenteuse (anti-inflammatoires non stéroïdiens, sulfamides, antibiotiques) ou la précession d'une poussée d'herpès labial. En fait, en cas d'atteinte muqueuse importante la cause est essentiellement médicamenteuse. Les formes associant atteintes muqueuses et atteinte cutanée généralisée correspondent au syndrome de nécrose épidermique toxique dit syndrome de Lyell d'origine médicamenteuse.

■ Ulcérations et néoplasies

Des stomatites érosives peuvent survenir au cours d'hémopathies avec agranulocytose (leucoses aiguës) ou sous chimiothérapie.

En fait, toute ulcération buccale ou génitale chronique et indolore doit faire suspecter une néoplasie épithéliale dite carcinome spino-cellulaire ou carcinome épidermoïde, les deux termes étant identiques (fig. 20, 21 et 22).

Il s'agit de l'évolution du carcinome in situ (dit également maladie de Bowen en cas d'atteinte génitale) qui correspond histologiquement à une néoplasie intra-épithéliale de la muqueuse orale ou des muqueuses génitales : VIN (pour, en anglo-saxon médical, néoplasie intra-épithéliale de la vulve), PIN (néoplasie intra-épithéliale du pénis).

Le tabac et les virus dits HPV (*Human papillomavirus* ou en français virus des papillomes humains) participent à cette dégénérescence. Ces carcinomes peuvent compliquer également une balanite chronique d'évolution prolongée, un lichen érosif ancien, génital ou buccal, dans les deux sexes, ou un lichen scléreux génital, et là encore dans les 2 sexes.

C'est dire la nécessité de biopsier systématiquement toute ulcération des muqueuses orales ou génitales d'évolution chronique surtout s'il existe un caractère infiltré à la palpation. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

Dermatologie. Collège des enseignants de dermato-véréologie de France. Paris : Masson, 2000. Collection Abrégés.

Connaissances et pratique, et plus particulièrement les chapitres consacrés aux dermatoses bulleuses et à la syphilis.

Saurat JH et al. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris : Masson, 1999.

Plus particulièrement les parties consacrées aux maladies sexuellement transmissibles (p. 173-87), aux maladies bulleuses (p. 265-78), à l'érythème polymorphe et au syndrome de Stevens-Johnson (p. 285-9), à la maladie dite de Behçet (p. 355-7) et aux pathologies des muqueuses (p. 745-73).

Points Forts à retenir

- Les données de l'anamnèse et de l'examen clinique sont en général suffisantes pour le diagnostic d'herpès, d'aphtose, d'une origine traumatique ou caustique, d'une toxidermie, et pour orienter vers la possibilité d'une syphilis.
- La notion de récurrence (herpès) ou de récurrences (aphtose) est capitale ainsi que l'existence d'une localisation double orale et génitale (aphtose bipolaire ou grande aphtose, lichen érosif, dermatoses bulleuses, Crohn).
- La culture virale est parfois nécessaire pour affirmer le diagnostic d'herpès en cas de doute.
- La confirmation d'une syphilis nécessite la réalisation de la sérologie classique et surtout du test FTA, plus précocement « positif » en phase primaire (chancre).
- Seule la biopsie avec examen microscopique permet d'éliminer la possibilité d'un carcinome et doit être systématiquement réalisée devant toute ulcération chronique.
- L'examen anatomopathologique est aussi nécessaire au diagnostic de lichen érosif, de lésions muqueuses d'une dermatose bulleuse auto-immune ou de Crohn.
- De plus, les résultats d'IFI et d'IFI sont indispensables pour le diagnostic d'un pemphigus ou d'une pemphigoïde à localisation muqueuse.
- Dans tous les cas de diagnostic hésitant, une biopsie doit être réalisée car l'examen anatomopathologique est alors indispensable.



20 Néoplasie intra-épithéliale sur lichen scléreux génital masculin.



21 Ulcération d'un carcinome spinocellulaire sur lichen scléreux génital masculin ancien.



22 Carcinome spinocellulaire de la vulve.